

Via Moisè di Gaio, 5 - 02100 RIETI (RI)

Cod. Fisc. 00557380573 - P. IVA 00922840574

Certificazione Internazionale: ISO 9001:2025 (Quality Austria nr. 21807/0)



Versione Italiana

0. Premessa Generale e Scopo del Documento

La Società Italiana Servizi Sanitari a r.l. (SISS) formalizza con il presente atto il modello aziendale standardizzato di Consenso Informato per le prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa. Il presente documento risponde ai doveri di informazione e trasparenza imposti dalla legislazione sanitaria, assicurando che il paziente sia pienamente consapevole delle modalità erogative, dei benefici attesi, delle controindicazioni e dei potenziali rischi transitori connessi sia alle terapie manuali che a quelle strumentali operanti nel centro.

1. Quadro Normativo di Riferimento

L'adozione e la somministrazione obbligatoria del presente modulo di consenso informato avvengono in stretta ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti:

Legge 221/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) - Art. 1: Sancisce il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, stabilendo che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco) - Art. 15: Dispone la tracciabilità delle attività sanitarie e correla la corretta e completa informazione dell'utente alla gestione e prevenzione del rischio clinico in ambito riabilitativo.

Regolamento UE 2016/679 (GDPR) - Artt. 6 e 9: Disciplina la liceità e le tutele speciali per il trattamento dei dati sensibili relativi alla salute e allo stato fisico raccolti all'atto dell'anamnesi fisioterapica.

Norma Internazionale ISO 9001:2025: Requisiti relativi al controllo dei servizi e alle informazioni documentate a tutela della soddisfazione del cliente e del miglioramento continuo dei percorsi (Certificato Quality Austria nr. 21807/0).

2. Nota Informativa sulle Prestazioni Riabilitative della SISS

Prima di esprimere il proprio consenso, il paziente è invitato a prendere visione delle caratteristiche tecniche e delle avvertenze relative alle prestazioni erogate dall'équipe del centro.

2.1 Fisioterapia e Riabilitazione Manuale

Le prestazioni di terapia manuale includono: **Rieducazione motoria, Riabilitazione ortopedica, Riabilitazione neurologica, Riabilitazione sportiva, Massoterapia, Ginnastica posturale, Linfodrenaggio e Kinesio taping.**

Benefici Attesi: Recupero dell'autonomia funzionale, riduzione della sintomatologia dolorosa, miglioramento della coordinazione neuromotoria, ripristino dei corretti schemi posturali e incremento del range articolare.

Effetti Collaterali Transitori: Possibile insorgenza di indolenzimento muscolare localizzato, stanchezza o lievi risposte algiche reattive nelle 24-48 ore successive alla seduta.

Controindicazioni Assolute/Relative: Stati infiammatori acuti infettivi, fratture non consolidate, neoplasie maligne nell'area da trattare, trombosi venosa profonda (particolarmente per massoterapia e linfodrenaggio).

2.2 Terapie Fisiche e Strumentali (Elettromedicali)

Le prestazioni strumentali includono: **Tecarterapia, Laserterapia, TENS, Hilterapia, Elettrostimolazione, Cryo T-Shock, Ionoforesi, Diadinamica, Ultrasuoni, Magnetoterapia, Onde d'urto e Pressoterapia.**

Benefici Attesi: Effetto antinfiammatorio, biostimolante tissutale, antalgico profondo, decontratturante, drenante vascolare ed accelerazione dei processi di riparazione ossea o tendinea.

Effetti Collaterali Transitori: Rischio di lievi eritemi cutanei, reazioni termiche localizzate, transitorio aumento del dolore dopo le prime applicazioni (specialmente per le onde d'urto) o micro-ecchimosi superficiali.

Controindicazioni Critiche: Presenza di **pacemaker cardiaci** o defibrillatori impiantabili, **stato di gravidanza**, presenza di mezzi di sintesi metallici intrarticolari o protesi nella zona di emissione energetica (controindicazione per ultrasuoni, tecar, magnetoterapia ed onde d'urto), neoplasie in atto, epilessia, alterazioni della sensibilità cutanea termica o dolorifica.

3. Formulario Unificato di Consenso Informato MFR

Cartella Clinica / ID Record: _____ Data Compilazione: ____/____/____

Nome e Cognome del Paziente: _____

Nato/a il: ____/____/____ Codice Fiscale: _____

PRESTAZIONI IN VIA DI EROGAZIONE PRESSO IL CENTRO (Selezionare i campi pertinenti):

- ☐ FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE MANUALE (Rieducazione motoria, Riabilitazione ortopedica, neurologica, sportiva, Massoterapia, Ginnastica posturale, Linfodrenaggio, Kinesio taping)
- ☐ TERAPIE FISICHE E STRUMENTALI (Tecarterapia, Laserterapia, TENS, Hilterapia, Elettrostimolazione, Cryo T-Shock, Ionoforesi, Diadinamica, Ultrasuoni, Magnetoterapia, Onde d'urto, Pressoterapia)

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal personale della SISS in merito al piano terapeutico riabilitativo predisposto.

SCHEDA ANAMNESTICA DI SICUREZZA (Obbligatoria per il paziente)

Segnalare la presenza di una o più delle seguenti condizioni fisiologiche o patologiche:

- È portatore di Pacemaker cardiaco, ICD o stimolatori neurologici? ☐ SÌ ☐ NO
- È in stato di gravidanza accertata o presunta? (Per le donne) ☐ SÌ ☐ NO
- Ha impianti, protesi o mezzi di sintesi metallici nella zona di cura? ☐ SÌ ☐ NO
- È affetto da patologie tumorali (neoplasie) in atto o pregresse? ☐ SÌ ☐ NO
- Soffre di epilessia, tromboflebite o alterazioni della sensibilità? ☐ SÌ ☐ NO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO SANITARIO

Il/La sottoscritto/a attesta di aver compreso le indicazioni terapeutiche, i benefici, le controindicazioni ed i rischi legati ai trattamenti manuali e strumentali sopra descritti. Ha avuto la possibilità di porre domande e ricevere risposte esaurienti dal Direttore Sanitario Dott. Francesco Trabattoni o dal professionista delegato. Pertanto:

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE

Liberamente all'esecuzione del ciclo di trattamenti di Medicina Fisica e Riabilitativa.

Firma del Paziente (o del Legale Rappresentante): _____

Firma del Medico o del Fisioterapista Incaricato: _____